

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como puede ser utilizada y divulgada su información médica y como puede usted tener acceso a dicha información. POR FAVOR REVÍSELO CON DETENIMIENTO.

Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia impresa de este aviso.

<p>Este aviso describe las prácticas de privacidad de las clínicas de salud pública del área metropolitana de Nashville, incluido Lentz Public Health Center, East Public Health Center, Woodbine Public Health Center y South Nashville Wic Nutrition Center.</p> <p>Información de salud del paciente</p> <p>De acuerdo a la legislación federal, su información de salud como paciente está protegida y es confidencial. La información acerca de sus síntomas, resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información médica también incluye información sobre pagos, facturación y seguros.</p> <p>Como usamos la información de salud del paciente.</p> <p>Utilizamos información de salud respecto a usted para su tratamiento, para obtener pagos y para operaciones de los servicios de salud, que incluyen fines administrativos y evaluación de la calidad de atención que usted recibe. Bajo ciertas circunstancias, se nos podrá requerir que usemos o divulguemos la información aún sin su permiso.</p> <p>Ejemplo de tratamiento, pago y de operaciones de los servicios de salud.</p> <p><u>Tratamiento:</u> Usaremos y divulgaremos su información de salud para</p>	<p><u>Operaciones de los Servicios de Salud:</u> Usaremos y divulgaremos su información de salud para llevar a cabo nuestras operaciones internas estándar, incluyendo la correcta administración de las fichas médicas, evaluación de la calidad del tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso así como de otros similares.</p> <p>Usos especiales</p> <p>Es posible que usemos su información para contactarlo y recordarle de sus citas médicas. También es posible que lo contactemos para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés.</p> <p>Otros usos y divulgaciones</p> <p>Podremos usar o divulgar información de salud identificable de usted por otros motivos, incluso sin su consentimiento. Sujetos a ciertos requerimientos, se nos permite proporcionar información médica sin su consentimiento con los siguientes propósitos:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Obligados por ley:</i> La ley podrá obligarnos a reportar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia o heridas y hechos similares.• <i>Actividades de salud pública:</i> Conforme lo requiera la ley,
---	---

<p>proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán información en su ficha médica y la usarán para determinar el curso de acción más apropiado. También podremos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que estén participando en su tratamiento, a los farmacéuticos que surtan sus recetas y a miembros de su familia que estén ayudando en sus cuidados.</p> <p><u>Pago:</u> Usaremos y divulgaremos su información de salud por cuestiones de pago. Por ejemplo, es posible que necesitemos la autorización de su compañía aseguradora antes de poderle proporcionar ciertos tipos de tratamiento. Presentaremos facturas y llevaremos un registro de los pagos provenientes de su aseguradora.</p>	<p>podremos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro del mercado de producto peligroso e información similar a autoridades de salud pública, incluidos otros departamentos dentro del Departamento de Salud del Área Metropolitana de Nashville.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Supervisión de salud</i> Se nos podrá solicitar divulgar información para apoyar investigaciones y auditorias, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares. • <i>Procedimientos judiciales y administrativos:</i> Podremos divulgar información en respuesta a un citatorio correspondiente u orden tribunal <p>(Continúa al reverso)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Con fines de aplicación de la ley:</i> Sujeto a ciertas restricciones, podremos divulgar información conforme lo exijan los funcionarios responsables de la aplicación de la ley. • <i>Defunciones:</i> Podremos reportar información cuanto a defunciones a agentes forenses, médicos legistas, directores funerarios y a agencias de donación de órganos. • <i>Amenaza grave a la salud o ala seguridad:</i> Podremos usar y divulgar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o a la salud y seguridad del público o de otra persona. • <i>Funciones militares y especiales del gobierno:</i> Si es usted miembro de 	<p><u>Enmendar información:</u> Si considera que la información en su ficha médica es incorrecta, o se ha omitido información importante, usted tiene derecho a solicitar que la información existente sea corregida o que se agregue la información omitida.</p> <p><u>Reporte de divulgaciones:</u> Usted podrá solicitar una lista de los casos en los que hayamos divulgado información de salud respecto a usted por razones que no hayan sido de tratamiento, pago u operaciones de los servicios de salud.</p> <p>Nuestra obligación legal</p> <p>Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su información de salud, a proporcionar este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de privacidad con relación a la información protegida de salud, y respetar los términos del aviso que se encuentran vigentes actualmente.</p>

<p>las fuerzas armadas, podremos proporcionar información médica acerca de usted conforme lo requieran las autoridades militares. También podremos divulgar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Investigación:</i> Podremos usar o divulgar información para investigación médica previamente aprobada.• <i>Compensación a los Trabajadores:</i> Podremos divulgar información acerca de usted a agencias de compensación de los trabajadores y a su empleador cuando se trate de proporcionar beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. <p>En cualquier otra situación, le solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información de salud identificable con respecto a usted. Si usted decide firmar una autorización para divulgar información, usted podrá revocar dicha autorización posteriormente para prevenir cualquier uso y divulgación en el futuro.</p> <p>Derechos individuales</p> <p>Usted tiene los siguientes derechos con relación a su información de salud. Por favor póngase en contacto con la persona que se menciona a continuación para obtener el formulario correspondiente para ejercer estos derechos.</p> <p><u>Solicitar restricciones:</u> Usted podrá solicitar restricciones para ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero en caso de que sí las aceptemos, nos apegaremos a esas restricciones.</p>	<p>Cambios en las prácticas de privacidad</p> <p>Podremos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de hacer cualquier cambio importante en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en la sala de espera y en cada sala de consulta. También podrá usted, en cualquier momento, solicitar una copia de nuestro aviso. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con la persona que se menciona a continuación.</p> <p>Quejas</p> <p>Si usted está preocupado de hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está usted de acuerdo con alguna decisión que tomado acerca de su ficha médica, puede ponerse en contacto con la persona que se menciona a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La persona que se menciona a continuación le proporcionará el domicilio correspondiente en caso de que usted lo solicite. Usted no será penalizado de forma alguna por presentar una queja.</p> <p>Persona a contactar</p> <p>Si usted tiene cualquier pregunta, solicitud o queja, por favor póngase en contacto con:</p> <p>Nombre: Tony Foreman Puesto: MPHD Oficial de Privacidad Domicilio: 311 23 Avenida Norte, Cuarto 102 Número telefónico: (615) 340-5679</p> <p>Vigente a partir de: La fecha de vigencia de este aviso es _____</p>
--	--

Comunicaciones confidenciales: Usted podrá solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, enviándole notificaciones a un domicilio en especial o no enviándole tarjetas para recordarle de sus citas médicas.

Revisar y obtener copias: En la mayoría de casos, usted tiene derecho a ver o a recibir copia de su información de salud. Es posible que hagamos un cargo mínimo por dichas copias.

**Departamento de Salud Pública del Área Metropolitana de Nashville y Davidson
Clínicas de Salud Pública**

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Yo, _____, por este medio certifico de haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por la Clínica.

Firma: _____

Fecha: _____

Solamente para uso de la oficina / For official use Only:

Name of Clinic: _____

Person seeking acknowledgment: _____ *Date:* _____

If not signed, document good faith efforts to obtain acknowledgment:

